

6. ADAPTAÇÃO COMPORTAMENTAL DO PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO

Elaborado por:

Denise Ascenção Klatchoian (coordenadora)

Júlio Carlos Noronha

Orlando Ayrton de Toledo

Objetivo

A Associação Brasileira de Odontopediatria (abo-odontopediatria) reconhece que os profissionais de Odontopediatria, ao proporcionarem cuidados de saúde bucal para pacientes infantis, sejam eles crianças, adolescentes ou aqueles com necessidades especiais, necessitam lançar mão de um *continuum* de técnicas não-farmacológicas (comportamentais) e farmacológicas para adaptação do comportamento do paciente. As várias técnicas de orientação do comportamento utilizadas devem ser adaptadas individualmente a cada paciente pelo profissional. Promover uma atitude positiva, segura e proporcionar cuidados de qualidade são de máxima importância para o exercício da Odontopediatria. Este guia tem por objetivo orientar no cuidado de saúde os profissionais, os pais e as outras partes interessadas nas várias técnicas para a adaptação do comportamento utilizadas na Odontopediatria contemporânea. Este manual não irá repetir as informações encontradas com mais detalhes no Manual Clínico da American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) sobre: Uso Adequado do Óxido Nitroso¹; Manejo e Monitoração do Paciente Durante e Após a Sedação e Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos² e Atualização e Manual Clínico no Uso de Anestesia/ Sedação Profunda e Anestesia Geral para o Paciente Odontopediátrico³:

Método

Estas diretrizes foram desenvolvidas com base nas apresentadas pela AAPD sobre a adaptação do comportamento do paciente odontopediátrico. Em 2003, a AAPD fez um novo simpósio sobre a orientação do comportamento, com as orientações publicadas no periódico *Pediatric Dentistry* (v. 26, n.º 2/2004). Estas diretrizes baseiam-se também numa revisão, em que se aliou a literatura odontológica e médica, relacionada à orientação do comportamento do paciente pediátrico, a outras fontes consultadas, como profissionais com experiência

reconhecida, incluindo comunidades da academia odontopediátrica e os padrões da comissão de especialização.⁴ As buscas no MEDLINE foram efetuadas usando palavras-chave tais como: “manejo do comportamento em crianças”, “manejo do comportamento em odontologia”, “comportamento da criança e odontologia”, “criança e ansiedade odontológica”, “criança pré-escolar e ansiedade odontológica”, “criança pré-escolar, personalidade e teste”, “cooperação do paciente”, “dentistas e personalidade”, “relação dentista-paciente”, “avaliação do paciente”, “indicação de tratamento”, e “restrição”.

Introdução

Espera-se que os cirurgiões-dentistas consigam reconhecer e tratar de forma eficaz as doenças bucais da infância dentro do âmbito do conhecimento e das habilidades adquiridos durante os anos de formação acadêmica. O tratamento seguro e eficaz dessas doenças frequentemente resulta da interação contínua do dentista com a equipe odontológica, o paciente e os pais. O objetivo é diminuir o medo e a ansiedade da criança ao promover a compreensão da necessidade da saúde bucal e do processo para obtê-la.

Um dentista que trata de crianças deve conhecer uma variedade de técnicas de adaptação do comportamento e, na maioria das situações, deve estar apto a avaliar exatamente o nível de desenvolvimento da criança, suas atitudes, seu temperamento e prever a sua reação ao tratamento. A criança que se apresenta com uma patologia bucal, e que não se deixa tratar, testa as habilidades do profissional de Odontologia. Em virtude das diferenças de treinamento, experiência e da personalidade de cada clínico, o tipo de aproximação e manejo do comportamento de uma criança pode variar de um profissional para outro. A atitude do dentista e dos membros de sua equipe exercem papel importante na orientação do comportamento do paciente odontopediátrico. Com comunicação eficaz, a equipe odontológica pode aliviar o medo e a ansiedade, bem como ensinar mecanismos apropriados para que a criança possa lidar com seus sentimentos, a fim de guiá-la para ser cooperativa, ficar relaxada e autoconfiante no consultório odontológico. A orientação do comportamento bem-sucedida permite à equipe de saúde executar com segurança e de forma eficiente um tratamento de qualidade, além de fomentar uma atitude odontológica positiva na criança.

Algumas das técnicas de adaptação do comportamento nestas diretrizes pretendem manter a comunicação, enquanto outras pretendem extinguir o comportamento inadequado e estabelecer comunicação. Assim, estas técnicas não podem ser avaliadas numa base individual, mas devem ser consideradas dentro do contexto da experiência odontológica de

cada criança. Cada técnica deve ser integrada a uma abordagem de aproximação geral, porém individualizada para cada criança. Conseqüentemente, a orientação do comportamento é tanto uma arte como uma ciência. Não é uma aplicação das técnicas individuais criadas ao "lidar" com crianças, mas é mais um método contínuo, detalhado, que significa desenvolver e nutrir o relacionamento entre o paciente e o profissional, que finalmente irá construir a confiança e aliviar o medo e a ansiedade.

Estas diretrizes contém definições, objetivos, indicações e contra-indicações para as técnicas da adaptação do comportamento geralmente ensinadas e usadas em Odontopediatria⁵⁻⁷. Este original faz uma reflexão do papel da abo-odontopediatria, como um advogado, para a melhoria da saúde da criança. Os dentistas são incentivados a utilizar as técnicas da adaptação do comportamento compatíveis com seu nível de instrução profissional e experiência clínica. Nos casos de orientação do comportamento que vão além do treinamento, experiência e perícia do profissional, os pacientes individuais devem ser encaminhados a especialistas que poderão proporcionar um cuidado mais apropriado.

Comportamento da Equipe Odontológica

A equipe de funcionários da Odontopediatria pode ter um papel importante na orientação do comportamento. O(a) coordenador(a) ou recepcionista que fará o primeiro contato com o pai/mãe ou responsável pela criança geralmente o faz por meio de uma conversa telefônica. A informação fornecida aos pais ajudará a ajustar expectativas com relação à visita inicial. Tanto a Internet como os *websites* específicos são maneiras excelentes de introduzir pais e pacientes à prática odontopediátrica. Esse encontro poderá servir como ferramentas educacionais que ajudam pais e crianças a estar mais bem preparados para a primeira consulta, capacitando-os a responder as perguntas que ajudarão no alívio dos medos. Além disso, a recepcionista é geralmente o primeiro membro da equipe de funcionários que se encontrará com a criança. A maneira como são dadas as boas-vindas à criança na prática pode influenciar o comportamento futuro do paciente.

A equipe de funcionários da clínica é uma extensão do dentista no uso de técnicas de comunicação para a orientação do comportamento. Conseqüentemente, suas habilidades comunicativas são muito importantes. A equipe odontológica deve trabalhar junta na comunicação com os pais e pacientes. Uma atitude futura da criança para com a Odontopediatria pode ser determinada por uma série de experiências bem-sucedidas em um ambiente odontológico agradável. Todos os membros da equipe são incentivados a expandir suas habilidades e conhecimento em técnicas de adaptação do comportamento lendo a

literatura odontológica, observando as apresentações em vídeo, ou participando de cursos de educação continuada.

O Comportamento do Dentista

O profissional de saúde pode estar desatento ao estilo da comunicação, mas pacientes e pais estão sempre muito atentos.⁸ O comportamento de comunicação dos dentistas é um fator primordial na satisfação do paciente.^{9,10} O dentista deve reconhecer que nem todos os pais expressam seu desejo de participação no tratamento.¹¹ Alguns comportamentos do dentista estão correlacionados à baixa satisfação dos pais, tais como: a pressa nas consultas, não dedicar tempo na explicação dos procedimentos, impedir a presença dos pais no consultório e demonstrar impaciência.¹² Os problemas de relacionamento e comunicação exercem um papel proeminente no início de ações judiciais sobre negligência profissional. Mesmo onde nenhum erro tenha ocorrido, a falta percebida de importar-se e/ou de colaboração pode ser associada ao litígio.^{13,14}

Estudos da eficiência de vários tipos de comportamento do dentista no manejo de pacientes não-cooperativos são ambíguos. Comportamentos do dentista como vocalização, direção, empatia, persuasão, dar ao paciente um sentimento do controle e condicionamento operante foram relatados como eficazes junto a pacientes não-cooperativos.¹⁵⁻¹⁷

Comunicação

A comunicação (isto é, fazer um intercâmbio de pensamentos, de opiniões ou informações) pode ser realizada por muitos meios, mas no consultório odontológico ela é feita primeiramente pelo diálogo, tom de voz, expressão facial e pela linguagem corporal. Os 4 “ingredientes essenciais” da comunicação são:

1. o emissor;
2. a mensagem, incluindo a expressão facial e linguagem corporal do emissor;
3. o contexto ou ajuste no qual a mensagem é emitida;
4. o receptor.¹⁸

Para que uma comunicação bem sucedida ocorra, todos os quatro elementos devem ser verdadeiros e consistentes. Sem consistência pode haver uma pobre "adequação" entre a mensagem que se pretende passar e o que é compreendido.

Comunicar-se com crianças impõe desafios especiais para o dentista e equipe. O nível de desenvolvimento cognitivo da criança ditará o nível e a quantidade de intercâmbio de informação que pode ocorrer. É impossível para uma criança perceber uma idéia para a qual

não tenha nenhuma estrutura conceitual e seria irreal esperar de um paciente infantil que ele possa sempre se enquadrar às referências do dentista. O profissional (emissor) deve, conseqüentemente, ter uma compreensão básica do desenvolvimento cognitivo da criança assim como fazer uso do vocabulário apropriado, enviando mensagens que sejam compatíveis com o nível de desenvolvimento intelectual da criança (receptor).

A comunicação pode ser prejudicada quando a expressão facial do emissor e a linguagem corporal não são condizentes com a mensagem que se pretende enviar. Quando a linguagem corporal leva à incerteza, ansiedade, ou urgência, o dentista não consegue transmitir confiança em habilidades clínicas de maneira eficaz.

É possível comunicar-se instantaneamente com a criança no início da consulta, a fim de estabelecer a afinidade (*rapport*) e a confiança. Entretanto, uma vez iniciado o procedimento, a habilidade do dentista em controlar e moldar o comportamento infantil torna-se de suma importância, e compartilhar a informação torna-se secundário. O intercâmbio da informação feito em duas vias dá chance à manipulação do comportamento em uma via por meio de comandos. Este tipo de interação é chamado “pedidos e promessas”¹⁹. Quando a ação é realizada para se alcançar um objetivo (por exemplo, conclusão do procedimento odontológico), o dentista desempenha o papel de solicitante. Os pedidos eliciam as promessas do paciente que, por sua vez, estabelecem um compromisso para cooperar. O dentista pode necessitar moldar seu pedido em um certo número de maneiras, a fim de torná-lo eficaz. Por exemplo, formular um comando prévio com uma voz assertiva, e com a expressão facial e linguagem corporal apropriadas, é a base para a técnica do controle da voz. Embora o controle da voz seja classificado como um dos meios da orientação comunicativa, ele pode ser considerado de natureza aversiva por alguns pais.²⁰

As 3 bases essenciais da comunicação não-verbal com o paciente infantil são:

- 1 "Eu vejo você como um indivíduo e atenderei às suas necessidades como tal";
- 2 "Eu estou completamente preparado e sou altamente qualificado";
- 3 "Eu sou capaz de te ajudar e não farei nada para te ferir desnecessariamente".²¹

A importância do contexto em que as mensagens são enviadas não pode ser exagerada. O consultório odontológico pode ser montado de uma forma amigável para a criança, por meio do uso de temas na decoração, brinquedos e jogos apropriados à idade da criança nas áreas de recepção, sala de tratamento com móveis em menor escala. A sala de operatória, entretanto, pode conter elementos que provoquem ansiedade ao paciente (por exemplo, uma outra criança que grita) e interferir com a comunicação. Os dentistas e outros membros da equipe odontológica podem considerar vantajoso fornecer à criança determinadas informações

(por exemplo, instruções pré e pós-operatórias, aconselhamento sobre prevenção) como possíveis formas de anular a má impressão.

Avaliação do Paciente

A resposta de um paciente infantil às demandas do tratamento odontológico é complexa e é determinada por muitos fatores. Múltiplos estudos demonstraram que uma minoria das crianças com comportamento não-cooperativo tem medos odontológicos e que nem todas as crianças medrosas apresentam problemas de comportamento na situação²²⁻²⁴. As reações da criança ao tratamento odontológico podem ser influenciadas por diversos fatores como: idade da criança e seu nível cognitivo²⁴⁻²⁸; características de temperamento; personalidade^{22,23,29-31}; ansiedade e medo^{23,24,32}; reação ao desconhecido³³; experiências prévias^{24,26,34} e ansiedade materna.³⁴⁻³⁶

O dentista deve incluir uma avaliação do potencial cooperativo da criança como parte do plano de tratamento. A informação pode ser colhida por meio da observação, interação com a criança e anamnese. Os métodos de avaliação são válidos, mesmo em crianças com limitações cognitivas ou de linguagem, e são fáceis de se usar em um ambiente clínico. As ferramentas de avaliação que demonstraram alguma eficácia no consultório odontopediátrico, junto com uma descrição breve de sua finalidade, estão listadas no apêndice 1^{24,27,29,30,36-44}. Nenhum método ou ferramenta de avaliação é completamente exato para prever um comportamento do paciente infantil diante do tratamento, mas a consciência das influências múltiplas no comportamento da criança pode ajudar no planejamento.

Desde que as crianças exibam um nível avançado de desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social, e uma diversidade de atitudes e temperamento, é importante que os dentistas tenham múltiplas técnicas de orientação do comportamento para ir ao encontro das necessidades individuais de cada criança.

Barreiras

Infelizmente, várias barreiras podem impedir o alcance de um resultado bem-sucedido. Atrasos no desenvolvimento, incapacidade física ou mental e a doença aguda ou crônica são razões potenciais para a não colaboração. Na criança saudável essas razões são freqüentemente mais sutis e difíceis de diagnosticar. Os principais fatores que contribuem para a falta de cooperação podem incluir os medos transmitidos dos pais, uma experiência odontológica ou médica desagradável precedente, preparação inadequada para o primeiro encontro no ambiente odontológico ou práticas familiares disfuncionais²⁴⁻²⁶.

Para aliviar essas barreiras, o dentista deve transformar-se num professor. Os métodos do dentista devem incluir: avaliação do nível de desenvolvimento da criança; suas capacidades físicas e motoras; seu nível de compreensão, a fim de que a criança consiga prestar atenção e possa receber a mensagem que se está querendo transmitir (isto é, estabelecer uma boa comunicação). Para que se realize um atendimento odontológico de qualidade e com segurança deve-se estabelecer e manter um relacionamento do tipo “professor-aluno” a fim de que se tenha um paciente treinado.

Tratamento postergado

As doenças odontológicas geralmente não causam uma ameaça à vida, e o tipo e o sincronismo do tratamento podem ser adiados sob determinadas circunstâncias. Quando o comportamento da criança impede o cuidado de saúde bucal de rotina, por meio do uso técnicas de comunicação para a adaptação de comportamento, o dentista deve considerar a urgência das necessidades para elaborar um plano de tratamento. A doença, o trauma, a dor, ou a infecção de avanço rápido, geralmente ditam pronto atendimento. Adiar parte ou todo o tratamento, ou empregar intervenções terapêuticas (por exemplo, técnica restauradora atraumática (ART)^{45,46}, verniz fluoretado, antibióticos para o controle da infecção), até que a criança possa cooperar pode ser conduta apropriada quando baseada em uma avaliação individualizada dos riscos e dos benefícios dessa opção. O dentista deve explicar os riscos e os benefícios de tratamentos claramente adiados ou alternativos, e, para tal, deve obter do pai ou responsável o consentimento informado.

Deve se considerar adiar ou retardar o tratamento nos casos em que o comportamento do paciente se torna histérico ou incontrolável. Nesses casos, o dentista deve parar o procedimento o mais cedo possível, discutir a situação com o paciente e pais, a fim de selecionar uma outra tática de aproximação ou adiar o tratamento baseado nas necessidades odontológicas do paciente. No caso de se tomar a decisão de adiar o tratamento, o profissional deve imediatamente terminar as etapas necessárias para uma conclusão do procedimento de forma segura.

Deve se reavaliar o risco ou atividade de cárie quando as opções do tratamento estiverem comprometidas devido ao comportamento da criança. A AAPD desenvolveu uma ferramenta de avaliação desse risco de cárie (CAT)⁴⁷ que fornece meios de classificar o risco atual da cárie e a possibilidade de poder ser aplicada periodicamente para avaliar mudanças no status do risco de um indivíduo. Recomendamos um programa preventivo individualizado, que inclua a instrução apropriada dos pais e uma programação de consultas periódicas, após a

avaliação do risco da cárie do paciente, das necessidades orais da saúde. Os fluoretos tópicos (por exemplo, flúor gel, verniz do fluoreto, aplicação profissional durante a profilaxia) podem ser indicados.⁴⁸ A ART pode ser útil como abordagem preventiva e terapêutica.^{45,46}

Consentimento Informado

Não obstante as técnicas de adaptação do comportamento utilizadas pelo profissional, todas as decisões de orientação devem ser baseadas em uma avaliação subjetiva que pese os riscos e benefícios à criança. A necessidade de tratamento, as conseqüências do tratamento adiado e o potencial trauma físico e emocional devem ser considerados.

As decisões a respeito do uso de técnicas de adaptação do comportamento, à exceção da abordagem lingüística ou comunicativa, não podem ser feitas unicamente pelo dentista. Devem envolver um dos pais e, se for apropriado, a criança. O dentista é conhecedor dos cuidados odontológicos (isto é, o sincronismo e as técnicas de tratamento); o pai compartilha com o profissional a decisão de tratar ou não tratar e deve ser consultado a respeito das estratégias do tratamento e dos riscos potenciais. Conseqüentemente, a conclusão bem sucedida de serviços diagnósticos e ações terapêuticas é vista como uma parceria do dentista, dos pais e da criança.

Para se obter o consentimento informado é fundamental explicar aos pais sobre a natureza, o risco e os benefícios da técnica a ser usada, e de todas as técnicas alternativas profissionalmente reconhecidas ou baseadas em evidência.⁴⁹ Deve-se responder a todas as perguntas de acordo com a compreensão dos pais.

A abordagem lingüística, em virtude de ser um elemento básico da comunicação, não requer nenhum consentimento específico. Todas as outras técnicas de orientação do comportamento requerem consentimento informado consistente com o Manual Clínico da AAPD⁴⁹ e com as leis vigentes no país. No caso de uma reação súbita ao tratamento odontológico, o profissional tem a incumbência de proteger o paciente e a equipe de funcionários de possíveis danos. Depois da intervenção imediata, se as técnicas tiverem que ser alteradas para a continuação do tratamento, o dentista deve ter um consentimento informado para métodos alternativos, como medida de segurança.

Sumário

1. A orientação do comportamento é baseada em princípios científicos. A execução apropriada da orientação do comportamento requer uma compreensão desses princípios. A adaptação do comportamento, entretanto, é mais do que ciência pura e requer habilidades

- em comunicação, empatia, treinamento e escuta atenta. Assim, a orientação do comportamento é uma forma de arte clínica e uma habilidade construída dentro de fundamentos científicos.
2. Os objetivos da adaptação do comportamento são: estabelecer uma comunicação, aliviar o medo e a ansiedade, efetuar o atendimento odontológico de qualidade, construir um relacionamento de confiança entre o dentista e a criança e promover a atitude positiva desta para com a saúde bucal.
 3. A urgência das necessidades odontológicas da criança deve ser considerada no planejamento do tratamento. Pode ser apropriado adiar ou modificar o tratamento até que o cuidado rotineiro possa ser realizado utilizando técnicas apropriadas de adaptação do comportamento.
 4. Todas as decisões a respeito do uso de técnicas de adaptação do comportamento devem ser baseadas em benefício contra a avaliação do risco. Como parte do processo de obter o consentimento informado, as recomendações do dentista a respeito do uso das técnicas (exceto a abordagem lingüística ou comunicativa) devem ser submetidas à compreensão e à aceitação dos pais. Os pais compartilham no processo de tomada de decisão a respeito do tratamento de suas crianças.
 5. A equipe de funcionários deve ser treinada com cuidado para dar retaguarda aos esforços do dentista e para dar boas-vindas corretamente ao paciente e aos pais em um ambiente amigável à criança, que facilite a adaptação do comportamento e torne a visita odontológica positiva.

Recomendações

Adaptação do Comportamento - Recursos Básicos

Comunicação e abordagem lingüística

A abordagem lingüística apropriada é representada pelos comandos usados universalmente em Odontopediatria, tanto com a criança cooperativa quanto com a não-cooperativa. Além de estabelecer um relacionamento com a criança e permitir a conclusão bem sucedida de procedimentos odontológicos, estas técnicas podem ajudar a criança no desenvolvimento de uma atitude positiva para a saúde bucal. A abordagem lingüística compreende um arsenal de técnicas que, quando integradas, realçam a evolução de um paciente cooperativo. Mais do que uma coleção de técnicas singulares, a abordagem lingüística ou comunicativa é um processo subjetivo contínuo que se transforma em uma

extensão da personalidade do dentista. São associadas a este processo as técnicas específicas do “diga-mostre-faça”, controle de voz, comunicação não-verbal, reforço positivo e distração. O dentista deve considerar o desenvolvimento cognitivo do paciente, bem como a presença de outros déficits de comunicação (por exemplo, distúrbio de audição), ao escolher técnicas específicas.

Diga- Mostre-Faça

Descrição: “Diga-mostre-faça” é uma técnica de comportamento usada por muitos profissionais de odontopediatria para moldar o comportamento da criança. A técnica envolve explicações verbais dos procedimentos em frases apropriadas ao nível de desenvolvimento do paciente (diga); demonstrações para o paciente dos aspectos visuais, auditivos, olfativos e táteis do procedimento em um ajuste com cuidado definido e não ameaçador (mostre); e então, sem desviar da explicação e da demonstração, faz-se a conclusão do procedimento (faça). O “diga-mostre-faça” é uma técnica usada junto com as habilidades de comunicação verbais e não-verbais e reforço positivo.

Objetivos: os objetivos do “Diga-Mostre-Faça” são:

1. ensinar os aspectos importantes da visita odontológica e familiarizar o paciente com os elementos do consultório;
2. moldar a resposta do paciente aos procedimentos através da dessensibilização ante expectativas bem definidas.

Indicações: Pode ser usado em todos pacientes.

Contra-indicações: Nenhuma

Controle de voz

Descrição: O controle da voz é uma alteração controlada do volume, do tom ou do ritmo da voz para influenciar e dirigir o comportamento do paciente. Os pais não-familiarizados com esta técnica podem beneficiar-se de uma explicação antes de seu uso a fim de impedir um mal-entendido.

Objetivos: Os objetivos do controle da voz são:

1. ganhar a atenção e a cooperação do paciente;
2. prevenir o comportamento negativo ou a recusa da criança;
3. estabelecer papéis apropriados na relação “adulto-criança”.

Indicações: Pode ser usado em todos pacientes.

Contra-indicações: Pacientes com problemas de audição.

Comunicação não-verbal

Descrição: A comunicação não-verbal se estabelece através da postura, expressão facial e linguagem corporal do profissional. Ela pode funcionar como um reforço para a obtenção de um comportamento apropriado da criança.

Objetivos: Os objetivos de uma comunicação não-verbal são:

1. aumentar a eficácia de outras técnicas de abordagem comunicativa;
2. ganhar ou manter a atenção e a cooperação do paciente.

Indicações: Pode ser usado em todos pacientes.

Contra-indicações: nenhuma.

Reforço Positivo

Descrição: No processo de estabelecer o comportamento desejável do paciente é essencial oferecer o *feedback* apropriado. O reforço positivo é uma técnica eficaz em recompensar comportamentos desejados e, assim, fortalecer o retorno desses comportamentos. Temos reforçadores sociais como a modulação positiva da voz, a expressão facial, o elogio verbal e demonstrações físicas apropriadas de afeto por todos os membros da equipe odontológica. Pode-se usar reforçadores não sociais como lembranças e brinquedos.

Objetivo: Reforçar o comportamento desejado.

Indicações: Pode ser usado em todos pacientes.

Contra-indicações: Nenhuma.

Distração

Descrição: Distração é a técnica de desviar a atenção do paciente do que possa ser percebido como um procedimento desagradável. Dar ao paciente uma pausa curta durante um procedimento estressante pode ser um uso eficaz da distração antes de considerar a aplicação de técnicas mais avançadas de orientação do comportamento.

Objetivos: Os objetivos da distração são:

1. diminuir a percepção dos estímulos desagradáveis;
2. evitar o comportamento do negativo ou de recusa.

Indicações: Pode ser usado em todos pacientes.

Contra-indicações: Nenhuma.

Presença/Ausência Materna

Descrição: A presença ou a ausência materna pode, às vezes, ser usada para ganhar a cooperação durante o tratamento. Existe uma grande diversidade de opiniões de profissionais no que diz respeito à presença ou ausência materna durante o tratamento odontopediátrico.

O modo de criar os filhos mudou muito nas últimas décadas nos EUA⁵⁰. Os profissionais enfrentam desafios com um número crescente de crianças que muitas vezes são mal orientadas no estabelecimento de limites pelos pais e carecem de autodisciplina necessária para enfrentar a experiência odontológica. Frequentemente as expectativas dos pais para com o comportamento da criança estão fora da realidade, enquanto que as expectativas em relação ao dentista que guia seu comportamento são muito grandes.⁵¹

Sabemos que é importante estabelecer uma boa comunicação entre o dentista, o paciente e a mãe (pai). Isso requer que o CD concentre seu foco tanto na criança como em sua mãe, mas principalmente na criança. Portanto, a presença ou a ausência materna pode variar de muito benéfica a muito prejudicial. Cada profissional tem a responsabilidade de adequar a comunicação e utilizar os métodos que otimizem o tratamento ajustando-os às suas próprias habilidades, à capacidade da criança em particular e aos desejos do pai (mãe) especificamente envolvido.

Objetivos: Os objetivos de presença/ausência materna são:

1. ganhar a atenção do paciente e melhorar a colaboração;
2. evitar o comportamento do negativo ou de recusa.
3. estabelecer papéis apropriados na relação dentista-criança;
4. realçar uma comunicação eficaz entre o dentista, a criança e os pais;
5. minimizar a ansiedade e conseguir uma experiência dental positiva.

Indicações: Pode ser usado em todos pacientes.

Contra-indicações: Pais que não têm desejo ou capacidade de dar apoio afetivo (quando necessário).

Inalação com Óxido Nitroso/Oxigênio

Descrição: A inalação com óxido nitroso/oxigênio é uma técnica segura e eficaz no sentido de reduzir a ansiedade e possibilitar uma aceitação do tratamento de maneira adequada. Seu início da ação é rápido, os efeitos são facilmente titulados e reversíveis, e a recuperação é rápida e completa. Adicionalmente, a inalação com óxido nitroso/oxigênio media um grau variável de analgesia, de amnésia e de redução do reflexo faríngeo.

A necessidade de diagnóstico e tratamento, bem como a segurança do paciente e do profissional, deve ser considerada antes do uso da analgesia e ansiólise com óxido nitroso/oxigênio. A informação detalhada a respeito das indicações, contra-indicações e das considerações clínicas adicionais poderá ser encontrada no manual clínico do uso apropriado do óxido nitroso/ oxigênio para pacientes odontopediátricos.¹

Técnicas avançadas de adaptação do comportamento

A maioria das crianças pode ser controlada de forma eficaz com o uso das técnicas básicas de adaptação do comportamento. Estas formam a base fundamental para todas as técnicas de manejo realizadas pelo dentista. Entretanto, algumas crianças apresentam-se ocasionalmente com problemas de comportamento que requerem o uso de técnicas mais avançadas. As técnicas avançadas de adaptação do comportamento são geralmente usadas e ensinadas em programas de treinamento avançado em Odontopediatria e incluem a estabilização protetora (imobilização), a sedação e a anestesia geral⁶. São extensões da adaptação do comportamento com a intenção de facilitar os objetivos de comunicação, cooperação e realização do tratamento de qualidade no paciente difícil. O diagnóstico apropriado do comportamento e a execução segura e eficaz dessas técnicas demandam conhecimento e experiência que geralmente vai além dos estudos de graduação.

Os dentistas que desejarem conhecer o uso dessas técnicas avançadas devem procurar treinamento adicional em um programa de residência e/ou um curso extensivo de educação continuada que envolva um treinamento didático e experimental.

Estabilização Protetora - Contenção

Descrição: O uso de qualquer tipo de contenção protetora no tratamento de crianças, adolescentes ou de pessoas com necessidades especiais é um tópico que preocupa tanto os profissionais de saúde quanto o público⁵²⁻⁶⁰. A definição da estabilização protetora é a limitação da liberdade de movimentos do paciente, com ou sem sua permissão, a fim de diminuir o risco de ferimento ao permitir a conclusão segura do tratamento. A limitação pode envolver uma outra pessoa, um dispositivo de imobilização do paciente ou uma combinação disso. O uso da contenção protetora tem o potencial de produzir sérias conseqüências, tais como o dano físico ou psicológico, a perda da dignidade, a violação dos direitos de um paciente e mesmo a morte. Por causa dos riscos associados e das conseqüências possíveis do uso, o dentista é incentivado a avaliar completamente cada paciente envolvido no seu uso e julgar cada alternativa possível.⁶¹

A estabilização parcial ou completa do paciente é, às vezes, necessária para proteger o paciente, o dentista, a equipe ou o responsável, em relação a ferimentos durante os procedimentos de cuidados odontológicos. A contenção protetora pode ser executada pelo dentista, pela equipe de funcionários ou pelo responsável com ou sem o dispositivo restritivo. O dentista deve sempre usar a estabilização menos restritiva possível, mas que seja segura,

eficaz e protetora. O uso de um suporte de boca em uma criança cooperativa não é considerado contenção protetora.

A decisão para usar a estabilização protetora deve levar em consideração:

1. modalidades alternativas da orientação do comportamento;
2. necessidades odontológicas do paciente;
3. o efeito na qualidade do tratamento odontológico;
4. o desenvolvimento emocional do paciente;
5. o exame do paciente.

A estabilização protetora, com ou sem um dispositivo restritivo, executado pela equipe odontológica requer consentimento informado dos pais. É importante obter o consentimento informado e documentado no registro do paciente antes do uso da estabilização protetora. Devido à natureza aversiva da técnica, o consentimento informado também deve ser obtido antes mesmo de um dos pais realizar a estabilização protetora durante procedimentos odontológicos. Além disso, deve ocorrer, quando apropriada, uma explicação ao paciente a respeito da necessidade da restrição, com uma oportunidade para que ele responda.⁶²

No evento de uma reação súbita ao tratamento, o profissional fica encarregado de proteger o paciente e a equipe de qualquer dano. Depois da intervenção imediata para garantir a segurança, se as técnicas tiverem que ser alteradas para continuar o tratamento, o dentista deve ter o consentimento informado para os métodos alternativos.

O registro do paciente deve incluir:

1. consentimento informado para a contenção;
2. indicação para a contenção;
3. tipo de estabilização;
4. a duração da aplicação da contenção;
5. frequência de ajustes da avaliação e da segurança da contenção;
6. avaliação do comportamento durante a contenção.

Objetivos: Os objetivos da contenção do paciente são:

1. reduzir ou eliminar o movimento intempestivo;
2. proteger o paciente, a equipe de funcionários, o dentista, ou os pais, de qualquer ferimento;
3. facilitar a realização do tratamento odontológico de qualidade.

Indicações: A contenção do paciente é indicada quando:

1. os pacientes requerem o diagnóstico imediato e/ou tratamento limitado e não podem cooperar devido à falta de maturidade;
2. os pacientes requerem o diagnóstico imediato e/ou tratamento limitado e não podem cooperar devido à incapacidade mental ou física;
3. a segurança do paciente, da equipe de funcionários, do dentista, ou dos pais estaria em risco sem o uso da estabilização protetora;
4. os pacientes sedados requerem estabilização limitada para reduzir os movimentos intempestivos.

Contra-indicações: A estabilização do paciente é contra-indicada em:

1. pacientes cooperativos não-sedados;
2. pacientes que não podem ser imobilizados com segurança devido a condições médicas associadas;
3. pacientes que tiveram experiências traumáticas prévias, sejam físicas ou psicológicas, com a estabilização protetora (a menos que nenhuma alternativa esteja disponível);
4. pacientes não-sedados e com o tratamento não-emergencial, que requeiram consultas longas.

Precauções: devem ser tomadas as seguintes precauções no exame do paciente antes da estabilização:

1. a tensão e a duração da estabilização devem ser monitoradas e reavaliadas em intervalos regulares;
2. a contenção em torno das extremidades ou do tórax não deve restringir ativamente a circulação ou a respiração;
3. deve-se terminar a contenção o mais cedo possível em um paciente que esteja sob estresse ou severamente histérico para impedir um possível trauma físico ou psicológico.

Sedação

Descrição: A sedação pode ser usada com segurança e eficácia em pacientes incapazes de receber o cuidado odontológico por razões de idade ou da condição mental, física ou médica. A informação e a documentação de fundo para o uso da sedação estão detalhadas no Manual para a Monitoração e a Gerência de Pacientes Pediátricos Durante e Após a Sedação para Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos: Atualização (páginas XX).²

A necessidade de diagnosticar e tratar, assim como a segurança do paciente, do

profissional e da equipe de funcionários deve ser considerada para o uso da sedação. Para a decisão do uso da sedação deve se levar em consideração:

1. modalidades alternativas de adaptação do comportamento;
2. necessidades odontológicas do paciente;
3. o efeito na qualidade dos cuidados odontológicos;
4. o desenvolvimento emocional do paciente;
5. os resultados do exame do paciente.

A documentação deve incluir:²

1. consentimento informado. Deve-se obter e documentar o consentimento informado do responsável antes do uso da sedação;
2. instruções e informação fornecidas aos pais;
3. avaliação da saúde;
4. um registro datado que inclua o nome, a via, o local, a duração, a dose e o efeito das drogas administradas;
5. o nível de consciência e resposta do paciente, a taxa de batimento cardíaco, a pressão arterial, a taxa respiratória e a saturação do oxigênio durante o tratamento e até que critérios pré-determinados de alta sejam alcançados.
6. eventos adversos (se algum ocorrer) e seu tratamento;
7. data e condição do paciente na alta.

Objetivos: Os objetivos da sedação são:

1. manter a segurança e o bem-estar do paciente;
2. minimizar a dor e o desconforto;
3. controlar a ansiedade, minimizar o trauma psicológico e maximizar o potencial para amnésia;
4. controlar o comportamento e/ou o movimento para permitir a conclusão segura do procedimento;
5. retornar o paciente a um estado de alta segura sob supervisão médica, como é determinado por critérios reconhecidos.

Indicações: A sedação é indicada para:

1. Pacientes medrosos, ansiosos, para quem as técnicas básicas da orientação do comportamento não foram bem sucedidas;
2. pacientes que não podem cooperar devido a falta de maturidade psicológica ou emocional e/ou incapacidade mental, física ou médica;

3. pacientes para quem o uso da sedação pode proteger distúrbios psíquicos e/ou reduzir o risco médico.

Contra-indicações: O uso da sedação é contra-indicado para:

1. pacientes cooperativos com necessidades odontológicas mínimas;
2. condições médicas predisponentes que tornariam desaconselhável a sedação.

Anestesia Geral

Descrição: A anestesia geral é um estado controlado de inconsciência acompanhado por uma perda dos reflexos protetores, como a capacidade de manter uma via aérea independente e de responder à estimulação física ou ao comando verbal intencionalmente.

O uso de anestesia geral é às vezes necessário para proporcionar um cuidado odontológico de qualidade para a criança, e, dependendo do paciente, pode ser feito em um hospital ou em um ambulatório. Informações adicionais podem ser encontradas no Manual Clínico para Administração, Uso e Cuidados Gerais na Anestesia, Sedação Profunda e Anestesia Geral no Consultório para o Paciente Odontopediátrico (páginas XXX)³ sobre:

1. modalidades alternativas de adaptação do comportamento;
2. necessidades odontológicas do paciente;
3. o efeito na qualidade do cuidado odontológico;
4. o desenvolvimento emocional do paciente;
5. as condições médicas do paciente.

Antes da administração da anestesia geral, uma documentação apropriada deverá ser preparada, contendo dados como: uso racional da anestesia geral, do consentimento informado, das instruções fornecidas aos pais, de precauções dietéticas e da avaliação pré-operatória da saúde. As exigências mínimas para um registro de anestesia datado devem incluir:

1. taxa de batimento cardíaco do paciente, pressão arterial, taxa respiratória e a saturação do oxigênio em intervalos específicos durante todo o procedimento até que os critérios pré-determinados de alta forem alcançados.
2. o nome, via de administração, local, duração, dose e o efeito sobre o paciente de drogas administradas, inclusive a anestesia local;
3. eventos adversos (se algum ocorrer) e seu tratamento;
4. os critérios para alta, duração e a condição do paciente na alta, e o nome do profissional responsável pela alta do paciente.

Objetivos: Os objetivos da anestesia geral são:

1. proporcionar segurança, eficiência e cuidado odontológico eficaz;
2. eliminar a ansiedade;
3. reduzir movimentos intempestivos e reações ao tratamento odontológico;
4. auxiliar o tratamento do paciente física ou mentalmente comprometido;
5. eliminar a resposta da dor do paciente.

Indicações: A anestesia geral é indicada em:

1. pacientes que não podem cooperar devido a uma falta de maturidade psicológica ou emocional e/ou incapacidade mental, física ou médica;
2. pacientes para quem a anestesia local é ineficaz devido à infecção aguda, a variações anatômicas ou devido à presença de alergia;
3. crianças ou adolescentes extremamente não-cooperativos, medrosos, ansiosos ou não comunicativos;
4. pacientes que requerem procedimentos cirúrgicos significativos;
5. pacientes para quem o uso da anestesia geral poderia proteger de distúrbios psicológicos, reduzindo o risco médico;
6. pacientes que requerem cuidados odontológicos imediatos e complexos.

Contra-indicações: O uso de anestesia geral é contra-indicado em:

1. paciente saudável, cooperativo e com necessidades dentais mínimas;
2. condições médicas predisponentes que tornem a anestesia geral desaconselhável.

Apêndice 1 – Ferramentas de Avaliação dos Pacientes

Ferramentas de Avaliação dos Pacientes			
Ferramenta	Formato	Aplicação	Referência
<i>Toddler Temperament Scale</i>	Questionário dirigido aos pais	O comportamento da criança de 12-36 meses de idade	30, 37
<i>Behavioral Style Questionnaire (BSQ)</i>	Questionário dirigido aos pais	Temperamento da criança de 3-7 anos	29, 38
<i>Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)</i>	Questionário dirigido aos pais	Frequência e intensidade de 36 problemas comuns de comportamentos	39
<i>Facial Image Scale (FIS)</i>	Escala Analógica Visual de Faces (a criança escolhe)	Indicador da ansiedade para crianças pré-alfabetizadas	40
<i>Children's Dental Fear Picture test (CDFP)</i>	3 sub-testes com retratos (a criança escolhe)	Avaliação medo odontológico em crianças > 5 anos	41
<i>Child Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS)</i>	Questionário dirigido aos pais	Avaliação do medo odontológico	24, 41, 42
<i>Parent-Child Relationship Inventory (PCRI)</i>	Questionário dirigido aos pais	Atitudes e comportamento dos pais que podem resultar em problemas do comportamento da criança	27, 43
<i>Corah's Dental Anxiety Scale (DAS)</i>	Questionário dirigido aos pais	Ansiedade dental materno-paterna	24, 36, 44

Referências Bibliográficas

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on appropriate use of nitrous oxide for pediatric dental patients. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl): XX.
2. American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: An update. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl): XX.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on use of anesthesia care providers in the administration of in-office deep sedation/general anesthesia to the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2006; 28(suppl):XX.
4. American Dental Association Commission on Dental Accreditation. Accreditation Standards for Advanced Specialty Education Programs in Pediatric Dentistry. American Dental Assoc. Chicago, III. 1998.
5. Adair SM, Schafer TE, Rockman RA, Waller JL. Survey of behavior management teaching in predoctoral pediatric dentistry programs. *Pediatr Dent* 2004;26:143-150.
6. Adair SM, Rockman RA, Schafer TE, Waller JL. Survey of behavior management teaching in pediatric dentistry advanced education programs. *Pediatr Dent* 2004;26:151-158.
7. Adair SM, Waller JL, Schafer TE, Rockman RA. A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management techniques. *Pediatr Dent* 2004;26:159-166.
8. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Task versus socioemotional behaviors in physicians. *Med Care* 1987;25:399-412.
9. Gale EN, Carlsson SG, Eriksson A, Jontell M. Effects of dentists' behavior on patients' attitudes. *J Am Dent Assoc* 1984;109:444-446.
10. Schouten BD, Eijkman MAJ, Hoogstraten J. Dentists' and patients' communicative behavior and their satisfaction with the dental encounter. *Commun Dent Health* 2003;20:11-15.
11. Lepper HS, Martin LR, DiMatteo MR. A model of nonverbal exchange in physician-patient expectations for patient involvement. *J Nonverb Behav* 1995;19:207-222.
12. Reichard A, Turnbull HR, Turnbull AP. Perspectives of dentists, families, and case managers on dental care for individuals with development disabilities in Kansas. *Ment Retard* 2001;39:268-285.
13. Lester GW, Smith SG, Listening and talking to patients: A remedy for malpractice suits. *West J Med* 1993; 158:268-272.

14. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Inter Med* 1944;154:1365-1370.
15. Weinstein P, Getz T, Raetener P, Domoto P. the effect of dentists' behavior on fear-related behaviors in children. *J Am Dent Assoc* 1982;104:32-38.
16. ten Berge M, Veerkamp J, Hoogstraten J. Dentists' behavior in response to child dental fear. *J Dent Child* 1999;66:36-40.
17. Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: A pilot study. *Pediatr Dent* 2001;23:337-342.
18. Chambers DW. Communicating with the young dental patient. *J Am Dent Assoc* 1976; 93:793-799.
19. Pinkham JR. The roles of requests and promises in child patient management. *J Dent Child* 1993;60:169-174.
20. Abushal MS, Adenubi JO. Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. *J Dent Child* 2003;70:104-110.
21. Chamber DW. Behavior management techniques for pediatric dentists: An embarrassment of riches. *J Dent Child* 1977; 44:30-34.
22. Klingberg G, Broberg AG. Temperament and child dental fear. *Pediatr Dent* 1998;20:237-243.
23. Arnup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L. Lack of cooperation in pediatric dentistry: The role of child personality characteristics. *Pediatr Dent* 2002;24:119-128.
24. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent* 2004;26:316-321.
25. Rud B, Kisling E. The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment. *Scand J Dent Res* 1973;81:343-352.
26. Brill WA. The effect of restorative treatment on children's behavior at the first recall visit in a private pediatric dental practice. *J Clin Pediatr Dent* 2002;26:389-394.
27. Allen KD, Hutfless S, Larzelere R. Evaluation of two predictors of child disruptive behavior during restorative dental treatment. *J Dent Child* 2003;70:221-225.
28. Cunha RF, Delbem ACB, Percinoto C, Melhado FL. Behavioral evaluation during dental care in children ages 0 to 3 years. *J Dent Child* 2003;70:100-103.
29. Radis FG, Wilson S, Griffen AL, Coury DL. Temperament as a predictor of behavior during initial dental examination in children. *Pediatr Dent* 1994;16:121-127.

30. Lochary ME, Wilson S, Griffen AL, Coury DL. Temperament as a predictor of behavior for conscious sedation in dentistry. *Pediatr Dent* 1993;15:348-352.
31. Jensen B, Stjernqvist K. Temperament and acceptance of dental treatment under sedation in preschool children. *Acta Odontol Scand* 2002;60:231-236.
32. Arnup K, Broberg AG, Berggren U, Bolin L. Treatment outcome in subgroups of uncooperative child dental patients: An exploratory study. *Int J Paediatr Dent* 2003;13:304-319.
33. Holst A, Hallonsten AL, Schröder U, Ek L, Edlund K. Prediction of behavior-management problems in 3-year-old children. *Scand J Dent Res* 1993;101:110-114.
34. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG. Child dental fear: Cause related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* 1995;103:405-412.
35. Johnson R, Baldwin DC. Maternal anxiety and child behavior. *J Dent Child* 1969;36:87-92.
36. Peretz B, Nazarian Y, Bimstein E. Dental anxiety in a students' pediatric dental clinic: Children, parents and students. *Int J Paediatr Dent* 2004;14:192-198.
37. Fullard W, McDevitt SC, Carey WB. Assessing temperament in one- to three-year-old children. *J Pediatr Psychol* 1984;9:205-217.
38. McDevitt SC, Carey WB. The measurement of temperament in 3-to 7-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry* 1978;19:245-253.
39. Eyberg S, Pincus D. *Child Behavior Inventory*. Odessa, Fla: Professional Manual Psychological Assessment Resources, Inc; 1999.
40. Buchanan H, Niven N. Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12:47-52.
41. Klingberg G, Vannas Löfqvist L, Hwang CP. Validity of the children's dental fear picture test (CDFP). *Eur J Oral Sci* 1995;103:55-60,
42. Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: Children at risk for dental fears and management problems. *J Dent Child* 1982;49:432-436.
43. Gerald AB. *Parent-Child Relationship Inventory (PCRI) Manual*. Los Angeles, Calif: Western Psychological Services; 1994.
44. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969;48:596.
45. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on pediatric restorative dentistry. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl): XX.
46. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on alternative restorative treatment (ART). *Pediatr Dent* 200; 28(suppl):XX.

47. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on use of a caries-risk assessment tool (CAT) for infants, children and adolescents. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl): XXX.
48. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl):XX.
49. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on informed consent. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl):XX.
50. Long N. The changing nature of parenting in America. *Pediatr Dent* 2004;26:121-124.
51. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent* 2004;26:111-113.
52. Connick C, Palat M, Puagliese S. The appropriate use of physical restraint: Considerations. *J Dent Child* 2000;67:231,256-262.
53. Crossley ML, Joshi G. An investigation of pediatric dentists' attitudes towards parent accompaniment and behavioral management techniques in the UK. *Br Dent J* 2002;192:517-521.
54. Peretz B, Zadik D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent* 1999;2:201-204.
55. Peretz B, Gluck GM. The use of restraint in the treatment of pediatric dental patients: Old and new insights. *Int J Paediatr Dent* 2002;12:932-397.
56. Brill WA. Parents' assessment and children's reactions to a passive restraint device used for behavior control in a private pediatric dental practice. *J Dent Child* 2002;69:236,310-313.
57. Law CS, Blain S. Approaching the pediatric dental patient: A review of nonpharmacologic behavior management strategies. *J Calif Dent Assoc* 2003;31:703-713.
58. Kupietzky A. Strap him down or knock him out: Is conscious sedation with restraint an alternative to general anesthesia? *Br Dent J* 2004;196:133-138.
59. Manley MCG. A UK perspective. *Br Dent J* 2004;196:138-139.
60. Morris CDN. A commentary on the legal issues. *Br Dent J* 2004;196:139-140.
61. Joint Commission on Accreditations of Healthcare Organizations (JCAHO). *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals 2004-2004*. Oakbrook Terrace, III: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2004:pc25-pc40.
62. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. The use of physical restraint interventions for children and adolescents in the acute care setting. *Pediatrics* 1997;99:497-498.